

## Case Report

## Right-Sided Colonic Diverticulitis Mimicking Acute Appendicitis in Pediatric Patients: A Report of 4 Cases

Truong Anh Linh, Le Xuan Trung Hieu, Dinh Viet Hung

*Children's Hospital No 1, 341 Su Van Hanh, W.10, D.10, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received 24 April 2022

Revised 5 May 2022; Accepted 11 May 2022

**Abstract**

A right-sided colonic diverticulum is a small bulging sac in the wall of the right colon, which may be a pseudo- or true diverticulum. Most right-sided colonic diverticula are asymptomatic and only become apparent with inflammation, hemorrhage, or perforation. Diverticulitis presents with abdominal pain in the right iliac fossa, making it difficult to differentiate from acute appendicitis. We describe 4 cases with symptoms suggestive of appendicitis, but the intraoperative findings were right colonic diverticulitis. Accurate preoperative diagnosis helps to plan appropriate treatment, avoid unnecessary surgery for non-surgical pathologies mimicking appendicitis. Because of the increasing prevalence of this condition in children, pediatric surgeons should be cautious in the differential diagnosis of a case of acute right iliac fossa abdominal pain.

*Keywords* right-sided colonic diverticulum, cecal diverticulum, diverticulitis, appendicitis, differential diagnosis.

---

\* Corresponding author.

*E-mail address:* anhlinhyds@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v6i4.432>

# Viêm túi thừa đại tràng phải giả viêm ruột thừa ở trẻ em: Báo cáo 4 trường hợp

Trương Ánh Linh, Lê Xuân Trung Hiếu, Đinh Việt Hưng

Bệnh viện Nhi Đồng 1, 341 Sư Vạn Hạnh, P.10, Q.10, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Nhận ngày 24 tháng 4 năm 2022

Chỉnh sửa ngày 5 tháng 5 năm 2022; Chấp nhận đăng ngày 11 tháng 5 năm 2022

## Tóm tắt

Túi thừa đại tràng phải là cấu trúc túi nhỏ phình ra ở thành đại tràng phải, có thể là túi thừa giả hoặc túi thừa thật. Hầu hết túi thừa đại tràng phải không có triệu chứng và chỉ trở nên rõ ràng khi viêm, xuất huyết hoặc thủng. Viêm túi thừa có biểu hiện đau bụng hố chậu phải (HCP) nên khó chẩn đoán phân biệt với viêm ruột thừa cấp. Chúng tôi mô tả 4 trường hợp với triệu chứng gợi ý viêm ruột thừa, nhưng phát hiện trong mổ là viêm túi thừa đại tràng phải. Chẩn đoán chính xác trước mổ giúp lên kế hoạch điều trị phù hợp, tránh phẫu thuật không cần thiết đối với các bệnh lý không phẫu thuật giả viêm ruột thừa. Viêm túi thừa đại tràng phải nên được các phẫu thuật viên nhi chú ý khi chẩn đoán phân biệt một trường hợp đau bụng cấp nghi viêm ruột thừa.

*Từ khóa:* túi thừa đại tràng phải, túi thừa manh tràng, viêm túi thừa, viêm ruột thừa, chẩn đoán phân biệt.

## I. Đặt vấn đề

Phần lớn túi thừa đại tràng phải là mắc phải do tình trạng tăng mạn tính áp lực trong lòng ruột, hình thành bởi lớp niêm và dưới niêm của ống tiêu hóa thoát vị qua chỗ khiếm khuyết của lớp cơ thành ruột, gọi là túi thừa giả. Trong khi đó, túi thừa manh tràng đơn độc thường được coi là bẩm sinh hay một túi thừa thật có vách bao gồm tất cả các lớp của ống tiêu hóa. Viêm túi thừa xảy ra khi có nhiễm khuẩn kèm hoặc không kèm dị vật trong lòng túi thừa. Đây là nguyên nhân gây đau bụng cấp rất hiếm gặp ở trẻ em. Viêm túi

thừa đại tràng phải thường bị chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa hoặc viêm bờm mỡ manh tràng khi túi thừa được bao bọc bởi lớp bờm mỡ. Chúng tôi mô tả 4 trường hợp với triệu chứng gợi ý viêm ruột thừa, nhưng phát hiện trong mổ là viêm túi thừa manh tràng và đại tràng lên.

## II. Báo cáo trường hợp

### Trường hợp 1

Bệnh nhi nam, 11 tuổi, nhập viện vì đau bụng âm ỉ vùng HCP tăng dần. BN không sốt, không nôn hay buồn nôn. Tiền sử không ghi nhận những đợt đau bụng tương tự trước. Khám lâm sàng ghi nhận ấn đau và đề kháng vùng HCP. CLS: WBC:18,66k/uL, Neutrophil:15,23k/uL, CRP: 8,04 mg/L.

\* Tác giả liên hệ

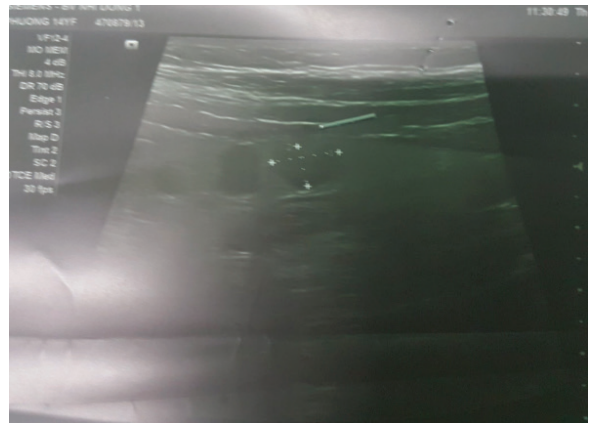
E-mail address: anhlinhyds@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v6i4.432>

SAB: ruột thừa (RT)  $d=7,3\text{mm}$ , dày mạc nối xung quanh. BN được chỉ định phẫu thuật nội soi với chẩn đoán VRT. Ghi nhận trong mổ: RT vị trí HCP, viêm sung huyết. Mặt sau manh tràng thấy khối viêm có giả mạc và mạc nối lớn đến bao bọc. Manh tràng được di động và đưa ra ngoài qua lỗ trocar rốn mở rộng. Phẫu tích khối viêm, ghi nhận cấu trúc túi thừa manh tràng không có thanh cơ viêm thủng ở đỉnh túi, có sỏi phân. Túi thừa được cắt bỏ, lỗ khuyết được khâu lại. Hậu phẫu không biến chứng.

### Trường hợp 2

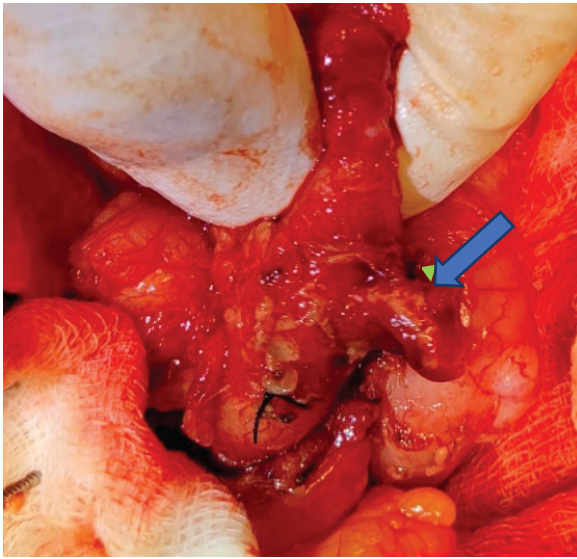
Bệnh nhi nam, 14 tuổi, nhập viện vì đau bụng âm ỉ vùng HCP tăng dần 1 ngày. BN không sốt, không nôn hay buồn nôn. Tiền sử không ghi nhận những đợt đau bụng tương tự trước. Khám lâm sàng ghi nhận ấn đau và đề kháng HCP. CLS: WBC:  $8,0/\text{uL}$ , Neutrophil:  $5,1/\text{uL}$ . Hct:  $43,6\%$ . CRP:  $21,19\text{ mg/L}$ . SAB: vùng hông phải có cấu trúc ống tiêu hoá đề không xẹp, có sỏi phân,  $d = 10,7\text{mm}$ , dày mạc nối xung quanh. Theo dõi VRT, phân biệt với viêm túi thừa. Em không giảm đau bụng, khám nhiều lần thấy bụng đề kháng rõ. Bệnh nhi được chỉ định phẫu thuật nội soi với chẩn đoán VRT. Ghi nhận trong mổ: RT vị trí HCP, viêm sung huyết. Mặt sau manh tràng thấy khối viêm có giả mạc và mạc nối lớn đến bao bọc. Manh tràng được di động và đưa ra ngoài qua lỗ trocar rốn mở rộng. Phẫu tích khối viêm, ghi nhận cấu trúc túi thừa manh tràng có thanh cơ viêm thủng ở đỉnh túi, kích thước  $5 \times 10\text{mm}$ , có sỏi phân. Túi thừa được cắt bỏ, lỗ khuyết được khâu lại. Hậu phẫu không biến chứng.



**Hình 1.** Cấu trúc ống tiêu hoá HCP trên siêu âm

### Trường hợp 3

Bệnh nhi nam, 15 tuổi, nhập viện vì đau bụng âm ỉ vùng HCP tăng dần 2 ngày. BN không sốt, không nôn hay buồn nôn. Tiền sử không ghi nhận những đợt đau bụng tương tự trước. Khám lâm sàng ghi nhận ấn đau và đề kháng HCP. CLS: WBC:  $16,62/\text{uL}$ , Neutrophil:  $12,38/\text{uL}$ . Hct:  $39,6\%$ . CRP:  $152,39\text{ mg/L}$ . SAB: HCP có cấu trúc dạng ống tiêu hoá  $d=9,2\text{mm}$ , thâm nhiễm mỡ xung quanh. BN được chỉ định phẫu thuật nội soi với chẩn đoán VRT. Ghi nhận trong mổ: RT HCP, đầu cắm xuống tiểu khung,  $d=9\text{ mm}$  sung huyết. Thành bên đại tràng lên thấy khối viêm có giả mạc  $30 \times 40\text{ mm}$ . Di động đại tràng lên và đưa ra ngoài qua lỗ trocar rốn mở rộng. Phẫu tích khối viêm, ghi nhận cấu trúc túi thừa không có thanh cơ và viêm hoại tử thủng, kích thước  $7 \times 12\text{mm}$ , có sỏi phân. Túi thừa được cắt bỏ, lỗ khuyết được khâu lại. Hậu phẫu không biến chứng.

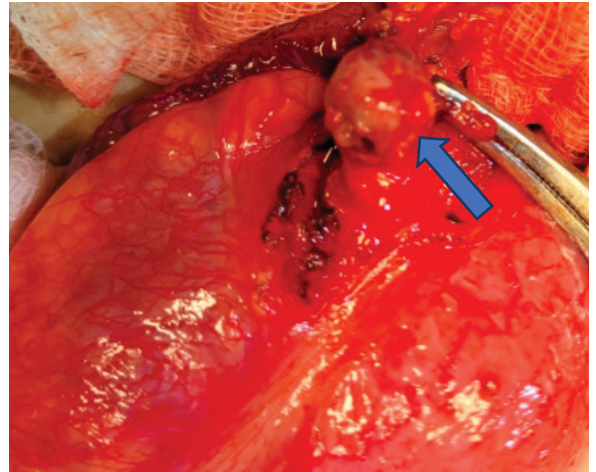


**Hình 2.** Túi thừa đại tràng lên (mũi tên xanh)

#### Trường hợp 4

Bệnh nhi nam, 14 tuổi, nhập viện vì đau bụng âm ỉ vùng HCP tăng dần 3 ngày. Bn không sốt, không nôn hay buồn nôn. Tiền sử không ghi nhận những đợt đau bụng tương tự trước. Khám lâm sàng ghi nhận ấn đau và đề kháng vùng HCP. CLS: WBC: 9,93/uL, Neutrophil: 6,55/uL. Hct: 43,7%. CRP: 14,97 mg/L. SAB: góc RT 7,5mm, có sỏi phân ở góc d=6mm, không khảo sát được thân RT, dày

mạc nối HCP. BN được chỉ định phẫu thuật nội soi với chẩn đoán VRT. Ghi nhận trong mổ: RT và manh tràng viêm dính vào thành bụng trước. Phẫu tích ghi nhận RT d=8mm viêm sung huyết. Thành trước bên manh tràng thấy khối viêm có giả mạc 20x30mm. Manh tràng được di động và đưa ra ngoài qua lỗ trocar rốn mở rộng. Phẫu tích khối viêm, ghi nhận cấu trúc túi thừa thoát vị qua chỗ khiếm khuyết cơ thành manh tràng và viêm thủng ở đáy túi, kích thước 7x15mm. có sỏi phân. Túi thừa được cắt bỏ, lỗ khuyết được khâu lại. Hậu phẫu không biến chứng.



**Hình 3.** Túi thừa manh tràng (mũi tên xanh)

**Bảng 1.** Giải phẫu bệnh túi thừa đại tràng

Trường hợp	Mô tả	Kết luận
TH1	Niêm mạc ruột già mỏng, một số vùng loét. Các tuyến cấu trúc bình thường xen lẫn với các tuyến teo nhỏ hoặc giãn rộng dạng nang. Lớp dưới niêm nhiều lymphocytes.	Túi thừa giả
TH2	Cấu trúc lót biểu mô ruột già, thấy 2 lớp cơ thành ruột.	Túi thừa thật
TH3	Nêm mạc và dưới niêm hoại tử, thấm nhập nhiều neutrophils	Túi thừa giả
TH4	Niêm mạc ruột già mỏng loét. Lớp dưới niêm xâm nhập nhiều lymphocytes	Túi thừa giả

### III. Thảo luận

Trên bệnh nhi, túi thừa đại tràng phải thường gặp hơn túi thừa đại tràng trái. Phần lớn túi thừa đại tràng là mắc phải do tình trạng tăng mạn tính áp lực trong lòng ruột, hình thành bởi lớp niêm và dưới niêm của ống tiêu hóa thoát vị qua chỗ khiếm khuyết của lớp cơ thành ruột, gọi là túi thừa giả. Các túi thừa giả thường nằm ở các điểm yếu dọc theo thành đại tràng liên quan đến vị trí mạch thẳng xuyên vào thành ruột. Trong khi đó, túi thừa manh tràng đơn độc lại thường được coi là bẩm sinh, phát triển vào tuần thứ 6 của phát triển phôi và là một túi thừa thật, chứa tất cả các lớp của ống tiêu hoá. Túi thừa manh tràng đơn độc rất hiếm, được Potier mô tả lần đầu tiên vào năm 1912 [1]. Trong 4 ca lâm sàng chúng tôi trình bày, có 3 ca giải phẫu bệnh ghi nhận là túi thừa giả và 1 ca giải phẫu bệnh đọc là túi thừa thật, ở manh tràng, với lớp niêm, dưới niêm và 2 lớp cơ ruột.

Hầu hết túi thừa đại tràng phải không có triệu chứng và chỉ trở nên rõ ràng khi có các biến chứng như viêm, xuất huyết hoặc thủng [2-3]. Vì bệnh nhân trẻ và có biểu hiện đau ¼ bụng dưới phải nên thường được chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp, và chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng phải được xác định trong mổ. Hơn 70% bệnh nhân viêm túi thừa manh tràng được phẫu thuật với chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa [4]. Trong tất cả các trường hợp của chúng tôi, chẩn đoán trước phẫu thuật đều là viêm ruột thừa cấp tính có hoặc không có biến chứng. Khó để phân biệt viêm túi thừa đại tràng phải với viêm ruột thừa cấp tính. Vài nghiên cứu đã chỉ ra một số đặc điểm lâm sàng có thể giúp phân biệt viêm túi thừa manh tràng với viêm ruột thừa cấp. Buồn nôn, nôn và chán ăn thường xảy ra trong viêm ruột thừa cấp. Trong viêm túi thừa manh tràng, cơn đau thường bắt đầu và duy

trì ở hố chậu phải, trong nhiều ngày, trong khi trong viêm ruột thừa, đau bụng thường khởi phát quanh rốn lan hố chậu phải [5-6]. Cả 4 trường hợp của chúng tôi đều không ghi nhận buồn nôn, nôn, hay chán ăn, với bệnh sử đau bụng vùng hố chậu phải 1-3 ngày.

Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính (CT) được sử dụng để chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng phải. Báo cáo của Chou và cộng sự [7] trên những bệnh nhân đau bụng ¼ vùng dưới phải cho thấy độ nhạy 91,3% và độ đặc hiệu 99,8% trong chẩn đoán viêm túi thừa manh tràng. 4 trường hợp của chúng tôi đều được thực hiện siêu âm bụng. Siêu âm ghi nhận hố chậu phải có cấu trúc dạng ống tiêu hoá kích thước lần lượt 7,3; 7,5; 9,2; 10,7mm, thâm nhiễm mỡ xung quanh, 2 trường hợp có sỏi phân, 2 trường hợp siêu âm nghi viêm ruột thừa, 1 trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa và trường hợp còn lại nghi viêm ruột thừa phân biệt với viêm túi thừa đại tràng. Không trường hợp nào được chụp CT bụng. Độ nhạy và độ đặc hiệu của chụp CT bụng trong phân biệt viêm ruột thừa cấp tính với viêm túi thừa manh tràng là 98% [8], vì vậy một vài tác giả đề nghị chụp CT bụng thường quy trong chẩn đoán đau bụng hố chậu phải để góp phần làm giảm các ca phẫu thuật và thời gian nằm viện. Ghi nhận các hình ảnh đặc hiệu cho phép chẩn đoán chính xác và lên kế hoạch điều trị phù hợp, tránh phẫu thuật không cần thiết đối với các bệnh lý không phẫu thuật giả viêm ruột thừa. Nếu lâm sàng nghi ngờ viêm túi thừa manh tràng, phương tiện chẩn đoán quan trọng nhất là CT. Dày thành đại tràng, dày mạc nối xung quanh và hiệu ứng khối ngoài lòng ruột là những phát hiện CT phổ biến nhất của viêm túi thừa manh tràng [7-8].

Ở những bệnh nhân chẩn đoán trước mổ là viêm túi thừa manh tràng không có biến chứng, điều trị nội khoa bằng kháng sinh có

thể hiệu quả [10]. Trong 4 trường hợp của chúng tôi, tất cả bệnh nhân không có tiền sử cắt ruột thừa, vì vậy viêm ruột thừa là nghi ngờ lâm sàng chính, dẫn đến việc phẫu thuật thám sát. Việc xử trí viêm túi thừa phát hiện trong mổ còn nhiều tranh cãi. Phẫu thuật bảo tồn với cắt ruột thừa đã được mô tả đối với viêm túi thừa không biến chứng được chẩn đoán trong mổ. Tuy nhiên, vì các túi thừa được giữ nguyên nên tỷ lệ tái phát cao. Do đó, hầu hết các phẫu thuật viên khuyến nên cắt bỏ [9-10]. Cắt túi thừa nội soi với cắt ruột thừa là phương pháp được ưa chuộng [11-12]. Cắt ruột thừa nên được thực hiện đồng thời do có viêm thứ phát hoặc để tránh chẩn đoán nhầm viêm túi thừa đại tràng phải tái phát trong tương lai [13]. Mặc dù nội soi được ưa chuộng, nhưng nếu không xác định được tổn thương thì tiếp cận mổ mở nên được thực hiện. Ở 4 bệnh nhi của chúng tôi, thám sát nội soi ghi nhận thành trước bên hoặc thành sau manh tràng, hoặc thành bên đại tràng lên có khối viêm có giả mạc. Trong cả 4 trường hợp trên, túi thừa có thể phẫu tích bộc lộ khá rõ ràng khi đưa manh tràng ra ngoài qua lỗ trocar rón mở rộng. Việc cắt túi thừa và khâu lại lỗ khuyết thanh cơ được thực hiện mà không cần dẫn lưu hay mở đại tràng ra da. Ở trẻ em hiếm khi cần phải cắt đại tràng khi có viêm túi thừa đại tràng. Hậu phẫu 4 ca bệnh không ghi nhận biến chứng, cả 4 bệnh nhi được cho ăn đường miệng ở ngày hậu phẫu thứ 3 và xuất viện sau mổ 6 ngày.

#### IV. Kết luận

Do triệu chứng lâm sàng thường gặp của viêm túi thừa đại tràng phải ở trẻ em là đau bụng vùng hố chậu phải, điều này có thể làm chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa và dẫn đến chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân. Hiện nay, nhiều khuyến cáo điều trị bảo tồn viêm

túi thừa không biến chứng nhưng cần lưu ý là viêm túi thừa đại tràng có thể diễn tiến tới hoại tử túi thừa và gây viêm phúc mạc cũng như khả năng viêm tái phát nếu túi thừa không được cắt bỏ. Đa số chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng được xác định trong mổ. Cận lâm sàng trong trường hợp này có thể không đặc hiệu, với chỉ số bạch cầu hạt và CRP bình thường hoặc tăng nhẹ. Chụp cắt lớp ổ bụng hiện nay là phương tiện hình ảnh học nhạy và đặc hiệu so với siêu âm và nên được chỉ định trong những trường hợp nghi ngờ bệnh lý này. Trong quá trình phẫu thuật, nếu nghi ngờ chẩn đoán viêm ruột thừa thì cần thám sát thêm thương tổn túi thừa đại tràng phải. Vì tỉ lệ bệnh lý này ngày càng gia tăng ở trẻ em, viêm túi thừa đại tràng phải nên được các phẫu thuật viên nhi chú ý khi chẩn đoán phân biệt một trường hợp đau bụng cấp vùng hố chậu phải.

#### Tài liệu tham khảo

- [1] Potier F. Diverticulite et appendicite. *Bulletins et Memoires de la Societe Anatomique de Paris* 1912;137:29-31.
- [2] Griffiths EA, Bergin FG, Henry JA et al. Acute inflammation of a congenital cecal diverticulum mimicking appendicitis. *Med Sci Monit* 2003;9(12):CS107-109.
- [3] Papapolychroniadis C, Kaimakis D, Fotiadis P et al. Perforated diverticulum of the caecum. A difficult preoperative diagnosis. Report of 2 cases and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2004;8:116-118. <https://doi.org/10.1007/s10151-004-0129-6>
- [4] Keidar S, Pappo I, Shperber Y et al. Cecal diverticulitis: A diagnostic challenge. *Dig Surg* 2000;17:508-512. <https://doi.org/10.1159/000051949>

- 
- [5] Kurer MA. Solitary caecal diverticulitis as an unusual cause of right iliac fossa mass: case report. *J Medical Case Reports* 2007;1:132. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-1-132>
- [6] Shyung LR, Lin SC, Shih SC et al. Decision making in right-sided diverticulitis. *World J Gastroenterol*. 2003;9(3):606-608. <https://doi.org/10.3748/wjg.v9.i3.606>
- [7] Chou YH, Chiou HJ, Tiu CM et al. Sonography of acute right side colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2001;181(2):122-127. [https://doi.org/10.1016/s0002-9610\(00\)00568-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(00)00568-7)
- [8] Sardi S, Gokli A, Singer JA. Diverticular disease of the caecum and ascending colon. A review of 881 cases. *Am Surg* 1987;53(1):41-45
- [9] Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ et al. Surgical approach to cecal diverticulitis. *J Am Coll Surg* 1999;188(6):629-634. [https://doi.org/10.1016/s1072-7515\(99\)00043-5](https://doi.org/10.1016/s1072-7515(99)00043-5)
- [10] Harada RN, Whelan TJ Jr. Surgical management of cecal diverticulitis. *Am J Surg* 1993;166(6):666-669. [https://doi.org/10.1016/s0002-9610\(05\)80676-2](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(05)80676-2)
- [11] Altun H, Mantoglu B, Okuducu M et al. Therapy of solitary cecal diverticulitis in a young patient with laparoscopic right hemicolectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011;21(4):176-178. <https://doi.org/10.1097/sle.0b013e31821e5f96>
- [12] Park HC, Lee BH. Suspected uncomplicated cecal diverticulitis diagnosed by imaging: Initial antibiotics vs. laparoscopic treatment. *World J Gastroenterol* 2010;16(38):4854-4857. <https://doi.org/10.3748/wjg.v16.i38.4854>
- [13] Kaya C, Celayir MF, Bozkurt E et al. Solitary caecal diverticulitis: comparison of operative and nonoperative treatment. *JPMA* 2020;70(11):1926-1929. <https://doi.org/10.5455/jpma.12674>